

Pallo József

# A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei

A büntetés-végrehajtási jog gyakorlatias<sup>1</sup> megközelítése széles területet ölel fel, mert a végrehajtási profil alapjaiban meghatározó szabadságvesztés és előzetes letartóztatás foganatosításán túl magába foglal több intézkedést is. Ezeknek az intézkedéseknek egyik<sup>2</sup> csoportja az ún. *gyógyító jellegű, büntetőjogi kényszerintézkedések* köre, melybe a *kényszer-gyógykezelés és az alkoholisták kényszergyógyítása*<sup>3</sup> sorolható. A büntetőjoggal foglalkozó szakemberek között régóta zajlik az a vita, mely ezen intézkedések végrehajtásáról és végrehajthatóságáról, illetve a struktúrában elfoglalt helyéről szól. Külön aktualitást ad a további együttgondolkodásra az a tény, hogy a vonatkozó joganyag kodifikációja hivatalosan még nem zárult le, és ennek fényében (vagy árnyékában) nem haszontalan beszélni a két jogintézményről, melyek érdekes ellentmondásokkal „színesítik” a hatályos szabályozást. Nem tartom megkerülhetőnek, hogy rövid történeti visszatekintést tegyek, mert az egyes végrehajtási összefüggések szélesebb kontextusba ágyazva érthetőek meg igazán.

## Az elmebeli rendellenességek jogi értékelésének alapjai

Az emberiség történetének korai szakaszában az ún. *elmebeli rendellenességekhez* való társadalmi viszony meglehetősen változó volt. Az éppen uralkodó hatalom szemléletmódjának megfelelően a babonás tisztelettől, a kínzásokon (ördögüzéseken) át a ki-méletlen kivégzésekig terjedt az a bánásmód, melyben ezek az emberek részesültek. A történelem, ezen „prehistorikus” időszaka írásom szempontjából nem igazán értékelhető<sup>4</sup>, így ezzel nem kívánok nagyobb terjedelemben foglalkozni.

Átütő változást az orvostudományok fellendülése, majd elkerülhetetlen differenciálódása jelentett, mert megjelent az a szemléletmód, mely szerint az elmebeli állapotot az alkalmazott jogkövetkezmények során figyelembe kell, vagy lehet venni. Nem kife-

- 1 Ebben az esetben a bv. jog fogalma alatt a gyakorlati szempontok alapján konstruálható definíciót értem, mely a bv. szervezet feladatait állítja középpontba. E szerint: azoknak a jogszabályoknak az összessége, melyek meghatározzák a külön jogszabályban nevesített, egyes büntetőjogi, büntető eljárásjogi és közigazgatási (rendészeti) szankciók végrehajtásának rendjét és rendszerét
- 2 Más szempontok alapján minősül az idegenrendészeti őrizet (közigazgatási-rendészeti kényszerintézkedés) és az előzetes letartóztatás (büntető eljárásjogi kényszerintézkedés).
- 3 Az 1987. évi III. törvény szerint a büntetés-végrehajtási szervezet – átmenetileg – nem kötelezett a kábító-szer élvezők kényszergyógyítására.
- 4 Természetesen ezen időszak a jogtörténetek számára izgalmas és kimeríthetetlen információk tára, kutatását kiemelten fontosnak tartom.

jezetten az elmeműködés zavarára hivatkozással, de már az 1532. évi, V. Károly nevével fémjelzett *Constitutio Criminalis Carolina* 176. cikke, utal arra, hogy értékelni kell az elkövető kriminális veszélyességét, és ehhez rendelhető a megfelelő biztonsági eszköz.<sup>5</sup> Legalább ennyire fontos volt a humanista (jog)filozófia tényerése és megújító hatása, különös tekintettel *Hugo Grotius*<sup>6</sup> (1583-1645), illetve a későbbiekben *John Locke*<sup>7</sup> (1632-1704), *Jean-Jacques Rousseau*<sup>8</sup> (1712-1778) és *Francois Voltaire*<sup>9</sup> (1694-1778) munkásságára.

A XVI. század utolsó harmadában fordulat következett be, mely a csavargók, szegények, koldusok arányának változásával együtt járó urbanizációs tömegkriminalitás következménye volt. A probléma megoldása, illetve kezelése érdekében létrehozták a dologházakat, melyekbe szép számmal utalták az említett társadalmi rétegek „arra érdemes” tagjait.

Ennek nyilvánvaló következményeként, sok olyan elkövető bukkant fel, aki szellemileg abnormálisnak minősült, illetve iszákos életvitele miatt vált bűnelkövetővé, és emiatt napi problémát okozott a korabeli igazságszolgáltatás számára. Ezeknek az embereknek nyilvánvalóan másfajta körülményeket kellett volna biztosítani, azonban ennek megvalósítása komoly szemléletbeli és anyagi problémákba ütközött az akkori körülmények között.

Az első dologház megjelenésétől<sup>10</sup> (1550, *Bridewell*) annak felismeréséig, hogy az elmebeli és egyidejűleg kriminalizációs problémákkal küzdő embereknek sajátos elhelyezési – és elmebeli rehabilitációra is alkalmas – körülményeket kell biztosítani, igen hosszú idő telt el. Ebben a folyamatban korszakos jelentőségű volt *Philippe Pinel*<sup>11</sup> (1745-1826) sokat emlegetett cselekedete, amikor az elmeógyógyintézeti kezeltekről leoldotta a bilincset, és egyértelművé tette, hogy ezek az emberek betegek, akiket gyógyítani kell, nem pedig büntetni.

Minden ország jogi és társadalmi hagyományainak megfelelően járta végig a maga útját, és fejlesztette a szabályozást, amíg a XIX. századra kialakulhatott az a szemlélet, hogy jellemzően a büntetőjogi szabályozásnak kell a kóros elmeállapotú elkövetők tetteinek értékelését és „további sorsát” megoldani.

A kérdéskör iránti tudományos érdeklődés megnőtt, melynek eredményeit, felfogásbeli eltéréseit és fejlődési tendenciáit jól meg lehet különböztetni az egyes kriminológiai irányzatok tanait vizsgálva.

A XIX. század közepétől egyre nagyobb tért nyert az ún. *olasz pozitivisták iskolája*, melynek jelentősebb képviselői *Cesare Lombroso* (1835-1909), *Raffaello Garofalo*

5 Nagy Ferenc: *Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében*. KJK, Budapest, 1985. 10. o.

6 Angol jogfilozófus.

7 Angol jogtudós, jogfilozófus.

8 Francia író, filozófus, a felvilágosodás meghatározó gondolkodója.

9 Francia filozófus, köz- és szépíró, a felvilágosodás kiemelkedő alakja.

10 A dologházakban szigorú munkakényszerrel egybekötve valósult meg a szabadságelvönás. Ez a megoldás egészen a XX. század első harmadáig alkalmazott volt.

11 Francia elmeógyógyász, aki tevékenységét a börtönökre is kiterjesztette.



(1851–1934) és Enrico Ferri (1856–1929) voltak. Az általuk képviselt álláspont egyértelműen mutatja, hogy preventív intézkedéseket kell tenni a társadalom védelme érdekében, így például „a bűnöző örülteket külön intézetekbe kell zárni”<sup>12</sup>, vagy „az örült elkövetők és az alkoholisták gyógyintézetbe zárása nem lehet kérdés”<sup>13</sup>, illetve a „kriminálpolitikai eszközei a javítás és gyógyítás a reszocializálható elkövetők számára”<sup>14</sup>. Munkásságuk legvitatottabb pontja, hogy szerintük az intézkedéseket (beleértve a gyógyító jellegűeket is) nemcsak azokkal szemben kell alkalmazni, akik már elkövettek valamilyen bűncselekményt, hanem azokkal szemben is, akiknek veszélyes állapota bűncselekmény jövőbeni elkövetését valószínűsíti. Ez gyakorlatilag azt jelentette, hogy az alaptézisként működő bűnösségi elvet a veszélyességi elvvel cserélték fel, mely a jogrendszer számára nem volt követhető.

A XIX. század közepén, illetve végén jelentkező új irányzatok központi alakja Franz von Liszt volt (1851–1919), aki marburgi programjában<sup>15</sup> kifejtette, hogy a büntetőjogi következmény lényegi eleme, hogy az elkövető egyéniségéhez igazított behatásként jelenjék meg.<sup>16</sup> Ennek ellenére sokáig tagadta, hogy szükség lenne az ún. intézkedésekre, azonban 1912-ben álláspontját megváltoztatta<sup>17</sup>, és jogkövetkezményi rendszerben megjelennek ezek a jogkövetkezmények, külön nevesítve a „beszámíthatatlan elmebeteg” és a „korlátozottan beszámítható elkövetők részére a gyógyintézeti kezelést”.<sup>18</sup> A német birodalmi Btk. 1909-es tervezete körül kialakult parázs szakmai vita szintén a jogkövetkezmények dualizmusának szükségességét erősítette meg Lisztben, aki az elmebeteg bűnözők gyógyítását állami kötelezettségként jelölte meg.<sup>19</sup>

Ennek az időszaknak másik vezéralakja a belga Adolphe Prins (1845–1902) volt, aki a veszélyes bűnelkövetők kategorizálása során a szellemileg rendellenes bűnelkövetőket kiemelt figyelemben részesítette. Álláspontja szerint az ilyen elkövetőket nem kell enyhébb szankcióval súlytani, de olyan új intézményekre van szükség, melyek különböznek a börtönöktől, illetve az elmeigógyintézetektől, és ezzel a törvényszéki klinikák előképét vázolta fel. A kóros elmeállapotú elkövetőkkel szembeni védelmet a közigazgatási és az igazságszolgáltatási hatóságok közös feladatának jelöli meg! Munkásságát vizsgálva kritikaként fogalmazható meg, hogy az intézkedések szerepét illető tanait mindenféle elvi definíció nélkül teszi meg.<sup>20</sup>

12 Cesare Lombroso kijelentése.

13 Roberto Garofalo szavai.

14 Enrico Ferri véleménye.

15 Liszt munkásságában itt jelenik meg az ún. célbüntetés (cél gondolat) fogalma, melyről az iskola kapta a nevét. A marburgi jelző az ottani egyetemre utal.

16 Nagy Ferenc i. m. 24. o.

17 Az átrendeződés hátterében az ún. iskolavita állt, amely a klasszikus tanok képviselői (Birkmeyer, Binding) és a modern tanok képviselői (Liszt, Kahl, Lilienthal) között folyt.

18 Nagy Ferenc i. m. 32. o.

19 A tervezet 65. §-a szabályozta beszámíthatatlanként gyógyintézeti kezelését, illetve az alkoholisták intézeti elhelyezését, mellyel Liszt mélyen egyetértett.

20 Nagy Ferenc i. m. 33. o.

A fejlődés következő állomása a XIX. század legvégére esik, amikor színre lépett *Carl Stoos* (1849-1922), aki munkásságával megszilárdította a szankciók dualista<sup>21</sup> felfogásának elméletét. Nézetei szerint nemcsak az szükséges a szankciók alkalmazhatóságához, hogy belátási képességgel rendelkezzen az elkövető, hanem az is, hogy „megbüntethető” legyen, azaz a jogkövetkezmény pszichés hatását képes legyen érzékelni. Márpedig a szellemileg abnormális elkövetőknél erről nem lehet beszélni, melynek következménye, hogy nem vonhatók állami büntetés alá. Legnagyobb hatású művében<sup>22</sup> mégis alakít álláspontján, mert elismeri a beszámíthatatlanok és a korlátozottan beszámíthatók intézeti őrzésének lehetőségét, melynek alkalmazhatóságát a közrend védelméhez kapcsolja. Az 1893. évi svájci kodifikációs kísérlet során javasolta, hogy hozzák létre az iszákosok gyógyintézetét<sup>23</sup>, illetve az alkoholista életmódhoz rendeljenek bizonyos gyógyító jellegű intézkedéseket. Stoos nevéhez fűződik az az elvi éllel tett megálapítás, hogy az intézkedés, minőségileg több a büntetésnél, mert az elkövető kezelése irányába is hat és addig tart, amíg célját el nem érte.

Magyarország mindig is Európa része volt, ezért a hazai fejlődést a nemzetközi tendenciákban megjelenő értékek elfogadása jellemezte. Igazán „magyaros” megoldás nem alakult ki a tárgyalta kérdéskörben, de ez nem azt jelenti, hogy nem voltak, olyan kiemelkedő tehetségű jogtudósaink, akik nagyban hozzájárultak a korabeli európai jogi kultúra eredményeinek hazai integrálásához. Munkásságukat a korszerű nézetek mértéktartó egyeztetése és logikai összefoglalása jellemezte. Éppen ezért, szükségesnek tartom – ha röviden is – megemlíteni a legnagyobbak<sup>24</sup> vonatkozó álláspontját.

A klasszikus felfogás képviselői közül *Edvi Illés Károly* (1842-1919) 1913-ban megjelent Btk. tervezetében a közveszélyes, elmebeteg, iszákos elkövetőket megfelelő ápolás végett tébolydába, vagy más intézetbe helyezné, de nem büntetőjogi intézkedésként.<sup>25</sup> *Fayer László* (1842-1906) a „*A büntetési rendszer reformja*” című munkájában kifejti, hogy az alkoholizmus visszaszorítása fontos társadalmi érdek, de visszaszámolnak tartja az okozott „*erkölcsi deficit*” utólag büntetéssel történő helyrehozatalát. *Wlaszics Gyula* (1852-1937) az „*alkoholisták és az örült bűnösök*” esetében határozatlan ideig tartó kényszerintézkedések alkalmazását tartja megvalósíthatónak – kellő személyi biztosítékok mellett.

A közvetítő irányzat hívei között találjuk *Vámbéry Rusztemet* (1872-1948), aki amelletttette le voksát, hogy az elmebeteg elkövetők gyógyintézetbe utalását bíróság mondja ki, illetve a korlátozottan beszámítható bűnösöket enyhébb büntetés kiállása után gyógyító vagy gondozó intézetbe lehessen utalni. *Angyal Pál* (1873-1949) az 1904-ben kiadott büntető novella tervezetében, arra tesz javaslatot, hogy a korlátozottan beszámítható vagy közveszélyes bűnözők tébolydában, illetve más hasonló intézet-

21 A büntető szankciórendszer büntetésekre és intézkedésekre tagolódását jelenti.

22 A svájci büntetőjog alapvonásai (1892)

23 Nagy Ferenc i. m. 39. o.

24 A felsoroltak kiválasztása teljesen szubjektív történt, a névsor korántsem teljes.

25 Edvi Illés Károly: Előadói tervezetek. 1913. 165. o.



ben töltsék büntetésüket, ahol megfelelő ápolásban részesülnek. Végül: a legnagyobb magyar büntetőjogász, *Finkey Ferenc (1870-1949)* álláspontja szerint a közveszélyes korlátozott beszámítású elkövetőket orvosi és közigazgatási vezetés alatt álló gyógy-leltartóztató intézetekbe, az iszákosokat gyógyintézetekbe kell helyezni a bíróság által.

Az eddig elmondottakból talán érzékelhető, hogy a kóros elmeállapotú elkövetők és az iszákos elkövetők magatartásának vizsgálata gyakran állt a jogtudósok, jogfilozófusok érdeklődésének központjában. Ez a kiemelt figyelem teljesen érthető, hiszen olyan gyakorlati és elméleti ellentmondásokat kellett felszámolni, melyek nélkül a kóros elmeállapotban elkövetett cselekmények megítélésének és értékelhetőségének büntetőjogi szabályozása folyamatosan problémákat vetett volna fel.

Elődeink munkásságának eredményeképpen – ma már nem vitathatóan – a kóros elmeállapotban elkövetett, illetve az alkoholizmussal összefüggő deliktumok következményei mint büntetőjogi gyógyító jellegű intézkedést megalapozó magatartási formák jelennek meg a hatályos szabályozásban.

## A hazai fejlődés fontosabb történeti állomásai a jogszabályok tükrében

Mint már utaltam rá, hazánk nem maradt ki a XIX. századi „*elméleti és szemléte-  
li fősodorvonal*” hatásának következményeiből, melyek a **kényszer-gyógykezelés** megítélésében<sup>26</sup> is jelentkeztek. Ebben az időszakban elfogadott álláspont volt, hogy az elmeigógyintézetekbe<sup>27</sup> a gyógykezelésre szoruló és közveszélyes személyek vehetők fel. Magyarországon első alkalommal „*a tébolydai ügyről szóló 1876. évi XIV. törvény-  
cikk*” rendelkezik az említett feltételeknek megfelelő személyek elhelyezéséről. A jogszabály érdeme, hogy humanitárius elvek alapján – a büntetés teljes mellőzésével – preventív közigazgatási intézkedésként<sup>28</sup> jeleníti meg a kényszer-gyógykezelést.

A szabályozás elveit illetően igen beszédes a következő regula: „*az elmebeteggel szemben csak az okvetlenül jelentkező szükség estén alkalmazhatóak kényszerítő eszközök, melyek a veszély elmúltával megszüntetendők*”.<sup>29</sup> Ugyanakkor az ön- és közveszélyesség fogalmát nem definiálja a törvénycikk, helyette relatív értékelhetőséget biztosít, mely középpontjába nem a betegség súlyosságát állítja, hanem a körülményeket és a környezetet. A tébolyda nem tartja *feltétlenül szükségesnek*<sup>30</sup> a gyógyítást, megelégszik az elmebetegek külvilágtól való elzárásának biztosításával, mellyel a társadalom védelmét szolgálta. Az intézmény igazgatóját óriási felelősséggel terhelte meg a szabályozás, amikor feladatkörébe utalta annak eldöntését, hogy a beteg intézetben tartását – bírósági végzés nélkül, de értesítési kötelezettség mellett – meghosszabbítsa.

26 Itt utalok rá, hogy a ma elfogadott terminológiát használom, de ez nem feltétlenül esik egybe a történeti fejlődés egyes szakaszainak megnevezéseivel.

27 Ide értve a kórházak, klinikák zárt elmeosztályát és az elmebeteget kezelő gyógy-szanatóriumot is.

28 A szabályozás szellemisége, korszerűsége igen nagy visszhangot keltett a korabeli Európában.

29 1876. évi XIV. törvénycikk 7. §

30 A szabályozás természetesen nem zárta ki, hogy a „lehető mértékű javulást” ne segítsék elő.

A jogi háttér további kidolgozását mozdította elő „a büntető törvénykönyvről szóló 1878. évi V. törvénycikk”<sup>31</sup>, mely szerint: „nem számítható be a cselekvénye annak, ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva és emiatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt.”<sup>32</sup> A Csemegi-kódex tehát megkülönböztette az elmezavart és az öntudatlan állapotot, melyek azonban nem zárják ki egymást, továbbá általános formulaként határozta meg az „értelmi tehetség hiányát”, de nem sorolta fel taxatív az egyes formáit. A végrehajtás–gyógyítás szempontjából ez a jogszabály nem ad útmutatást, de a kóros elmeállapot fogalmának büntetőjogba emelésével nagyban hozzájárult a későbbi szabályozás útjának kijelöléséhez.

Magyarországon egészen 1948-ig csak fogyatékos közegészségügyi rendelkezések voltak életben, de büntetőjogi intézkedés nem létezett a beszámíthatatlan elkövetők gyógyítására, őrzésére.<sup>33</sup> Abban az évben lépett hatályba a III. Büntetőnovella, mely a következő szabályozást tette: „a t a személyt, aki 18. életévének betöltése után büntetet vagy vétséget követett el, ha beszámítását elmebetegsége kizárja, biztonsági őrizetbe kell helyezni”.<sup>34</sup> A jogintézmény célja az elkövető ártalmatlanná tétele, gyógyítása és a közveszélyes állapot megszüntetése volt. A biztonsági őrizet ideje 1 év volt, melyet nem lehetett rövidíteni, majd ennek letelte után az elrendelő bíróság döntött az érintett további sorsáról.<sup>35</sup> Külön rendelkezett a szabályozás arról, hogy erre a célra rendelt intézetben vagy intézményben kell végrehajtani a biztonsági őrizetet. Ez a jogi megoldás sok problémát vetett fel, így komoly kritikák érték, elsősorban Schäffer István<sup>36</sup> és Horányi Béla részéről<sup>37</sup>.

A büntetőjog általános részéről szóló 1950. évi II. törvény<sup>38</sup> néhány kisebb módosítást emelt be a joganyagba, de nem változtatott azon a szemléleten, hogy biztonsági őrizetet kell alkalmazni a kóros elmeállapotú elkövetőkkel szemben. A jellemző változtatások közül kiemelem, hogy a büntetendő cselekményt elkövető közveszélyes állapotú elmebetegekkel szemben rendeli el a jogintézmény alkalmazhatóságát, illetve a közveszélyes állapot megszűnése után azonnal meg kell szüntetni a fogatatosítást. A gyakorlati végrehajtás tekintetében ekkor sem került kialakításra a megfelelő szabályozás.

A mai szóhasználatnak is megfelelő fogalom – a kényszer-gyógykezelés – a büntető törvénykönyvről szóló 1961. évi V. törvényben jelent meg. Az új terminológia bevezetése körül komoly szakmai vita alakult ki, melynek vezéralakjai Schulteisz Imre és

31 Talán nem is kellene utalnom rá, hogy a Csemegi-kódexről van szó.

32 1878. évi V. törvénycikk 76. §

33 Nagy Ferenc i. m. 150. o.

34 1948. évi III. Büntetőnovella 1. §

35 Újabb 1 évre elrendelte, illetve megszüntette a biztonsági őrizetet.

36 „Félő, arra irányozzák a figyelmet, hogy a megtorlás elől menekülni igyekvő büntetett részére alkalmatlan eszközözze tegyék az elmebetegség színlelését”, illetve „a bíróságnak az elkövető múltja miatt fog eljárni, és nem a jövője érdekében”.

37 Szerinte a betegre nézve súlyos hátrányokat okoz, ha egy rövidebb idejű gyógyulás után, 1 évig az intézetben kell maradnia.

38 Ezt a jogszabályt illetik Btá. Megnevezéssel, és ebben helyezték hatályon kívül a Csemegi-kódex még alkalmazható rendelkezéseit.



Szabó András professzorok voltak.<sup>39</sup> A hatályba lépő törvény már egyértelműen célként jelölte meg a gyógyítást, a beszámítási képesség kizárásának rendszerébe beemelte a gyengeelméjűség és a tudatzavar bizonyos eseteit<sup>40</sup> is, továbbá az elrendelés alapvető feltételeként a bűnismétlés veszélyét határozta meg. Ebben a szabályozásban már a végrehajtás keretei is megjelentek, mert lehetőség nyílt kijelölt egészségügyi intézetben való kezelésre<sup>41</sup>, vagy gyógykezeléssel egybekötött otthoni ápolásra. A kényszer-gyógykezelést mint határozatlan tartamú intézkedést szabályozta a törvény.

Külön utalni kell arra, hogy a törvény hatályba lépése után tovább folytak a magas színvonalú szakmai-tudományos viták, melyekben a kényszer-gyógykezelés kiterjesztésének szükségessége<sup>42</sup>, illetve jogterületi betagozódásának problematikája álltak a középpontban.<sup>43</sup>

A szabályozás képét tovább árnyalta a *büntető törvénykönyv módosításáról szóló 1971. évi 28. számú törvényerejű rendelet*, mely az elkövetett cselekmény jellegét is figyelembe vette, és a kijelölt intézeti kezelést akkor tette kötelezővé, ha a cselekmény jellegéből adódó bűnismétlési veszély miatt a társadalom védelme másképp nem volt biztosítható. Ugyanakkor lehetőséget teremtett a szabályozás arra is, hogy vétség elkövetése esetén mellőzzék a kényszer-gyógykezelést, ha az a társadalom védelme szempontjából szükségtelen.<sup>44</sup>

A gyakorlati végrehajtás szempontjából kiemelkedő jelentőségű volt a *kényszer-gyógykezelés és az ideiglenes kényszer-gyógykezelés végrehajtásáról szóló 9/1979 (VI. 30.) IM. rendelet*<sup>45</sup>, melyet 2003-ban helyeztek hatályon kívül.

A büntetőjogi gyógyító jellegű kényszerintézkedések csoportjának „másik tagja” az **alkoholisták kényszergyógyítása**. Ebben az esetben a tételes jogi szabályozás nem tekint vissza olyan nagy és gazdag múltra, mint a kényszer-gyógykezelés esetében, azonban a jogintézmény formálódása nem kevésbé érdekes. A tanulmány első fejezetére visszautalva látható, hogy a XX. század elejének kriminálpolitikai kutatatói egyértelműen bizonyították az alkoholizmus és a bűnözés közötti kapcsolatot, ezzel együtt felismerték azt, hogy e speciális helyzetben lévő elkövetőknek speciális bánásmódot kell biztosítani. Mindezek ellenére az első, érdembeli szabályozás a *büntető törvénykönyvről szóló 1961. évi V. törvényben* jelent meg – kényszerelvonó-kezelés néven. Alkalmazhatósága szükségképpen kapcsolódott a mértéktelen alkoholfogyasztáshoz, és mindig büntetés vagy figyelmeztetés mellett rendelhetette el a bíróság. Szabadságvesztés kiszabása mellett a végrehajtás helye a büntetés-végrehajtási intézet volt, míg ettől eltérő esetben zárt gyógyintézetben vagy rendelőintézetben hajtották végre. A rendelőintézeti forma

39 Schulteisz aggályosnak tartotta a biztonsági őrizet felszámolását, míg Szabó a jogi és egészségügyi dimenziók szétválasztását tartotta fontosnak.

40 Feltétel, hogy kóros és betegség jellegű legyen.

41 Abban az esetben, ha büntethetősége esetén 1 évnél nagyobb tartamú szabadságvesztést kellene kiszabni.

42 Lásd pl. a Gárdai – Vigh szerzőpáros és Farkas Sándor vitája.

43 Lásd pl. Szabó András és Berkes György vitája.

44 Nagy Ferenc i. m. 153. o.

45 Ez a jogszabály a jelenleg is hatályos Btk-beli szabályozás első végrehajtási rendelete volt.

esetében az időtartamot és „terápiás programot” az intézet vezetője állapította meg, zárt gyógyintézeti kezelés esetén a folyamat a szükséges mértékig tartott, de nem haladhatott meg a 6 hónapot.<sup>46</sup>

Ma már csak rossz emlék a kényszergyógyítás egyik „vadhajtása”, mely az *alkoholisták munkaterápiás intézeti kezelése*<sup>47</sup> néven vonult be a jogtörténetbe. Ez a kezelési forma bevezetésétől kezdve negatív érzelmeket váltott ki a szakmai közvéleményben, hiszen az alkalmazott terápia következményeként<sup>48</sup> a beteg olyan állapotba került, mely az emberi méltósághoz való jogot súlyosan sértette, illetve a végrehajtás kikényszerítése a jogállamiság alapértékeivel állt szemben. A kezelés időtartama legfeljebb két évig tarthatott, hatékonysága azonban nem volt igazolható. Ezt az ellentmondásos és védhetetlen szabályozást az 1990. évi XIV. törvény végleg száműzte a magyar büntetőjogból.

Mindkét jogintézmény fejlődésében a következő lépcsőfokot a jelenleg is hatályos szabályozást jelenti, azonban ennek ismertetése a tanulmány tagolódása miatt, a következő szerkezeti egységben jelenik meg.

A jelenleg hatályos szabályozás lényegi elemei

A **kényszer-gyógykezelés** szabályozása és végrehajtása ma már komplex rendszerben valósul meg. A jogintézmény elsődleges alapja a *büntető törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben* található, a végrehajtás kereteit a *büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi 11. számú törvényerejű rendelet (Bv. Kódex)* állapítja meg, míg a szakma-specifikus szabályozást a *kényszer-gyógykezelés és az ideiglenes kényszer-gyógykezelés végrehajtásáról és az IMEI működéséről szóló 36/2003 (X. 3.) IM rendelet* tartalmazza. Ezen kívül egyes alaki jogi kérdéseket a *büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény* szabályoz, a törvényességi felügyeleti szempontok az *1/1990 (Ü.K.1.) LÜ. utasításból* ismerhetők meg.

A nemzetközi figyelmet igazolja, hogy az európai büntetés-végrehajtási jogban is megjelent a problémakör kezelésének szorgalmazása. Ezen direktívák közül a fontosabbak: az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlésének 818 (1977) számú határozata az *elmebetegek helyzetéről*, az 1235 (1994) számú határozat a *pszichiátriáról és az emberi jogokról*. Ezeken kívül az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R (83) 2. számú ajánlása az *elmezavarban szenvedő személyek és betegként kényszerbeutalt személyek jogi védelméről*, illetve az R (98) 7. számú ajánlása a *börtönökben biztosítandó egészségügyi ellátás etikai és szervezeti vonatkozásairól*.

A kényszer-gyógykezelés elrendelésének előfeltételei a következők: személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó<sup>49</sup> büntetendő cselekmény elkövetése, kóros elmeállapot fennállása<sup>50</sup>, betegségi alapú bűnisméltés fennálló veszélye, az elkövetett cselekmény 1 évnél nagyobb tartamú szabadságvesztéssel való fenyegetettsége. Érzékelhető,

46 Nagy Ferenc i. m. 163. o.

47 A végrehajtás helyétül Nagya volt kijelölve.

48 Az alkohol és a kötelezően szedett gyógyszer hatásaként a betegek komoly fizikai és lelki gyötrelmeknek voltak kitéve.

49 Ezen bűncselekményeknek a köre a Btk. indoklásából ismerhető meg.

50 Ezt az anyagi büntetőjog büntethetőséget kizáró oknak minősíti.



hogy a szabályozásban kettős cél fogalmazódik meg, mert a gyógyítás és a társadalom védelme együtt részesül jogi védelemben. Amennyiben ezek a feltételek együttesen megvalósulnak, a bíróság felmenti az elkövetőt a bűncselekmény elkövetése alól, és elrendeli a kényszer-gyógykezelését. A végrehajtás helyéül az *Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet* jelöli ki a Bv. Kódex, amelyben célként fogalmazódik meg a lehető elmebeli rehabilitáció, mely sajátos zárt intézeti körülmények között valósul meg.

A kényszer-gyógykezeltre beteg emberként tekint a jogalkotó, és ennek megfelelően sajátos jogi helyzetet biztosít számára. Az eltéréseket már többször részletesen elemezték, ezért érdekesebb, ha a kényszer-gyógykezelt helyzetét más szempontból vizsgáljuk, és az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben* meghatározott, ún. betegjogokon<sup>51</sup> keresztül mutatjuk be érvényesülésüket.

A beteg egészségügyi ellátáshoz való joga azt jelenti, hogy mindenki jogosult az egészségi állapotának megfelelő, folyamatos és megkülönböztetés nélküli ellátásra. Az orvos és beteg közötti kapcsolat mindenképpen a bizalomra épül, melyből következik a beteg azon joga, hogy maga választhassa meg kezelőorvosát.

Természetesen a végrehajtásból eredő sajátos körülmények miatt a kényszer-gyógykezelt ezen joga korlátozottan érvényesül, mert csak az IMEI orvosai jogosultak (és kötelesek) a gyógyító tevékenységre. A jogintézmény „*kényszer jellegének*” jogdogmatikai magyarázata igazolja, hogy ennek a jognak torzulása nem minősül jogsértésnek. További általános garancia, hogy a betegek egészségjogi védelmét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat látja el a betegjogi képviselők hálózatának működésével.

Az emberi méltósághoz való jog értelemszerűen központi kérdése valamennyi büntetés-végrehajtási jogintézménynek. A kezelés során mindenkit megillető jog, hogy tisztelettel és megbecsüléssel bánjanak vele, és csak az állapotának megfelelő, indokolt beavatkozást végezzék el<sup>52</sup>. Természetesen ez azt is jelenti, hogy a betegek személyes szabadságukban csak kivételes esetben korlátozhatók. A hatályos szabályok szerint az ilyen jellegű korlátozás feltételei, ha a beteg: saját vagy mások életét veszélyeztető támadása miatt az orvosi beavatkozás biztosítása szükséges, engedély nélkül távozni akar, vagy a kezeléssel szemben aktív ellenállást tanúsít. Ezekben az esetekben csak adekvát és differenciált testi kényszer alkalmazása jöhet szóba. Tanulságos az Emberi Jogok Európai Bíróságának (EJEB) joggyakorlatára utalni azokban az ügyekben, melyekben magyar vonatkozások találhatók. Az egyik legismertebb a *Hercegfalvy kontra Ausztria* ügy (1992), melyben a kényszer-gyógykezelt beteget ágyhoz kötözve kezelték, aki ezért többek között a Római Egyezmény 3. cikkelyének<sup>53</sup> megsértése miatt perelte Ausztriát. Az EJEB határozatában megállapította, hogy a kényszer elemek részei lehet-

51 Azoknak a jogoknak az összessége, melyek a gyógykezelés tartama alatt külön jogszabály szerint illetik meg a kezelés alatt álló beteget. Ez a jogcsoport a legújabb jogi törekvések kapcsán nyert létjogosultságot.

52 Külön utalni kell arra, hogy az elektrosokk alkalmazásának orvosi és etikai kérdései központi helyen állnak a CPT. vonatkozó vizsgálataiban.

53 Az emberi méltósághoz és bánásmódhoz való jog.

nek a kezelésnek, és amennyiben ezek nem haladják meg az ún. súlyossági minimumot<sup>54</sup>, akkor nem sérül a beteg emberi méltóságához való joga sem. Ennek alapján Hercegfalvy kérelmét e tekintetben a bíróság elutasította. Az EJEB. 1998. szeptember 9-én hozott hazánkat részben elmarasztaló döntést az *M. P. kontra Magyarország ügyben*, mely alapjául a mozgássérült elítélt állapotának nem megfelelő elhelyezése<sup>55</sup> miatti panasza szolgált. Az emberi méltósághoz való jog védelmének hatékonyságát tovább fokozza a CPT tevékenysége<sup>56</sup>, illetve a társadalmi ellenőrzés<sup>57</sup> egyre növekvő súlya.

A kapcsolattartás joga szintén nevesített betegjogként jelenik meg a szabályozásban, azonban annak kiteljesedését a kényszer-gyógykezelés végrehajtásának sajátosságai „irányítottabbá” teszik. A beteg jogállását e tekintetben az elítéltekre vonatkozó kapcsolattartási formák jellemzik, ennek megfelelően joga van levelezésre, telefonbeszélgetésre, látogató fogadására, csomagküldésre és -fogadásra, illetve sajtótermék megrendelésére is. Az általános szabályokhoz képest azonban vannak eltérések is. Egyrészről a beteg egészségügyi és elmeállapotától függően a látogatások gyakoriságát, időtartamát, körülményeit, a fogadható személyek körét a *látogatási rend* szabályozza. Másrészről a levelezésüket és telefonbeszélgetésüket szűrőpróba-szerűen ellenőrizni kell, amennyiben az kóros tudattartamot tükröz és a címzett hivatalos szerv vagy személy, mellékelni kell az orvosi igazolást arról, hogy a feladó elmeosztályon ápoltszemély. Az ápoltszemély korlátozás nélkül érintkezhetnek (beteg)jogi képviselőjükkel, azonban ez nem hátráltathatja, akadályozhatja a gyógyítás menetét.

Sajátosan érvényesül az *intézmény elhagyásának joga*, mert a beteg szabad elhatározásából<sup>58</sup> nem távozhatsz az IMEI-ből. A végrehajtás rendszeréből fakadóan – jogszabályi és orvosi garanciák mellett – legálisan is „ki lehet jutni” az intézményből, ennek általánosan alkalmazott formája az adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége, melyről az IMEI igazgató főorvosa dönt. A vonatkozó jogszabály<sup>59</sup> részletesen meghatározza azokat a feltételeket, melyek együttes fennállása esetén a beteget gyógyulása érdekében el lehet bocsátani. Ezek közül a legfontosabbak<sup>60</sup>: tartama 30 nap lehet, mely 30 nappal hosszabbítható, figyelembe kell venni a beteg állapotát, szociális körülményeit és elkövetett cselekményét, illetve gondozására alkalmas személynél kell elhelyezni. Amennyiben a beteg elbocsátható, akkor az IMEI javaslata alapján az elrendelő bíróság megszünteti a kényszer-gyógykezelést és megteszi a szükséges lépéseket az esetleges gondnokság alá helyezés érdekében. A teljesség érdekében utalok arra, hogy

54 Az határ, mely elválasztja az Egyezmény által tilalmazott bánásmódot az ún. kényelmetlen/kellemetlen helyzettől.

55 A Magyar Büntetés-végrehajtási Szervezet nem gondoskodott az M. P. állapotához igazodó tisztálkodási, intim higiéniai és szabad levegőn való tartózkodási feltételek megteremtéséről.

56 A Kínzás Elleni Európai Bizottság 1999-ben kiemelt figyelemmel vizsgálta az IMEI tevékenységét.

57 Ezen a téren elsősorban a Magyar Helsinki Bizottság tevékenysége jelentős.

58 A beszámítási képesség hiánya ezt nyilvánvalóvá teszi.

59 A kényszer-gyógykezelés és az ideiglenes kényszer-gyógykezelés végrehajtásáról és az IMEI működéséről szóló 36/2003 (X.3.) IM. rendelet

60 Véleményem szerint ezekkel is sikerül érzékeltetni a jogintézmény jellegét, a részletes ismertetéstől ezért tekintek el.



a kényszer-gyógykezelt jogi értelemben nem valósíthatja meg a fogolyszökés törvényi tényállását, csak engedély nélküli eltávozást követhet el, melynek következménye, hogy az IMEI értesíti az illetékes rendőri szervet. A rendőrség eltűntnek nyilvánítja a beteget, és körözést ad ki ellene, elfogása esetén visszakíséri az intézménybe.

Az egészségügyi önrendelkezési jog kiteljesedése nagymértékben a beteg állapotától függ, hiszen belátási képessége a betegsége tekintetében nem teljes. Az egészségügyi törvény általánosan előírja, hogy minden ápoltnak a kezeléshez, kivizsgáláshoz, orvosi beavatkozáshoz a megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését kell adnia, mely történhet írásban, szóban vagy ráutaló magatartással<sup>61</sup>. A kényszer-gyógykezelés kapcsán talán ez az egyik legnagyobb fejtörést okozó probléma, mert itt komoly jogi, orvosi és etikai kérdések merülnek fel. A hatályos joganyag nem ad egyértelmű választ, véleményem szerint az jöhet szóba, hogy egyéniesítve és adekvát módon kell meghatározni a beteg ezen jogának gyakorlására vonatkozó szabályokat. Mindemellett érvényre kell juttatni a kényszer-gyógykezelésre vonatkozó bírói döntést, mely a jog erejénél fogva, de garanciális szabályok mellett, a „helyzethez igazítja” a beteg egészségügyi önrendelkezési jogának tartalmát. Az ellátás visszautasításának joga a jogintézmény kényszerjellegéből adódóan nem releváns, ezért nem illeti meg a kényszer-gyógykezeltet<sup>62</sup>, de az alkalmazott ellátás, kezelés nem sértheti az emberi méltóságot.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga általánosságban azt jelenti, hogy a beteg megismerheti a kezelésével összefüggő adatokat, a dokumentációba betekinthez, és azokról saját költségén másolatot készíthet, illetve idetartozik az is, hogy elbocsátásakor számára zárójelentést készítsenek. A kényszer-gyógykezelt befogadásakor a kórlapon személyi adatain túl a fel kell tüntetni a beutaló bíróság adatait is, havonta legalább egyszer minden jelentősebb kezelést vagy állapotváltozást, illetve annak hiányát is rögzíteni kell, továbbá a beteg elbocsátásakor részletes kórrajz kivonatát kell küldeni az illetékes Pszichiátriai Intézetnek. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga a kényszer-gyógykezelt vonatkozásában nem ütközik különösebb akadályba, de az más kérdés, hogy a beteg kíván-e élni ezzel a joggal, illetve a dokumentáció tartalmát képes-e megfelelően értékelni.

Az orvosi titoktartáshoz való jog<sup>63</sup> érvényesülése az orvosi etika egyik alappillére. Minden beteg joggal várhatja el, hogy orvosai és ápolói az ellátás során tudomásukra jutott személyes és egészségügyi adatokat megőrizték, illetve csak az arra jogosultakkal közöljék. A kényszer-gyógykezelés során nemcsak azok vannak jelen, akik a gyógyítás folyamatában vesznek részt, hanem azok is, akiknek ez szolgálati kötelességük, így különösen a nyomozó hatóság, illetve a büntetés-végrehajtási szervezet tagjai. Emiatt a beteg adatainak védelme nagyobb hangsúlyt kap, és ezen a személyek felelősségét növeli. A kényszer-gyógykezelés jellegére tekintettel az orvosi titoktartás szabályai szí-

61 Például, ha injekció beadásánál önként felhúzza az ingujját.

62 Ez persze nem azt jelenti, hogy a tiltakozásnak nincsenek jogi következményei. Lásd Hercegfalvy kontra Ausztria ügy.

63 Ez a legrégebbi jogjog, hiszen a hippokratészi eskü lényegéről van szó.

gorúbbak az általános regulákhoz képest. Az IMEI egyes osztályainak működési rendje határozza meg az adható információk körét és terjedelmét. Az illetékes és jogosult szerveket, személyeket, hatóságokat csak jogszabályban meghatározott módon és mértékben lehet, illetve kell tájékoztatni. Távbeszélő útján még ezeknek a szervezeteknek is csak általános tájékoztatás adható<sup>64</sup>, miután az orvos visszahívással meggyőződött a hívó fél személyéről. A hozzátartozók, illetve a gondnok tájékoztatása során fontos, hogy a közölt adatok vagy azok hiányosságai ne nehezítsék a beteg későbbi rehabilitációját. Fontos szabály, hogy az orvos szakmailag, etikailag, fegyelmileg és büntetőjogilag is felelős a tájékoztatásért. Látható tehát, hogy az általános szabályokhoz képest a kényszer-gyógykezeltek ezen jogát többletgaranciákkal erősítette meg a jogalkotó, mely a jogintézmény jellege miatt teljesen érthető.

Az alkoholisták kényszergyógyítása kapcsán, arra szeretnék utalni, hogy ebben az esetben legalább 6 hónapot meghaladó tartamú szabadságvesztését töltő *elítéltről* van szó, akire értelemszerűen a szabadságvesztésre vonatkozó általános szabályok vonatkoznak. Azonban a betegjogok érvényesülését illetően elmondható, hogy az általános jogállás kereteit nem sérthetik, és nem lazíthatják fel.

Az alkoholizmusra mint betegségre tekint a jogalkotó, ezért a megfelelő terápia kidolgozása az IMEI feladata, azonban a végrehajtás már a kijelölt büntetés-végrehajtási intézet gyógyító-nevelő csoportjában valósul meg.

## A hatályos szabályozás kritikája és néhány javaslat

Az alkoholisták kényszer-gyógyítása, az alkoholizmus betegséggé való minősítése és a végrehajtandó szabadságvesztés melletti végrehajthatósága miatt egyértelművé teszi, hogy rendszertanilag a jogintézmény megfelelő helyen van. Azonban az eredményes<sup>65</sup> végrehajtás – tehát a gyakorlati megfelelés – már aggályos elemeket vet fel. Kérdés, hogy a büntetés-végrehajtási intézetek zárt világa biztosítani tudja-e a gyógyításhoz szükséges légkört, nem beszélve a szakterápiák egyes többletigényeiről. Elgondolkodtató az is, hogy kényszerrel lehet-e bárkit is meggyógyítani? Tovább rontja a gyógyulás (javulás) esélyeit, hogy az elítélt szabadulása után a kényszergyógyítás nem folytatható, ugyanakkor felvetődik a kérdés, hogy az esetlegesen elért javulás érdekében mit lehet tenni? Amennyiben az elítélt feltételesen szabadul, és pártfogó felügyelet hatálya alá kerül, külön magatartási szabályokat lehet meghatározni számára, melyek között előírható, hogy vesse alá magát további alkoholelvonó terápiának. A büntetésük kitöltésével szabadulókra ez a szabályozás nem vonatkozik, így sorsuk jól prognosztizálhatóan a visszaesés lesz.

Az alkoholizmus egyik legveszélyesebb, rövid távú következménye az ún. elvonási tünetek jelentkezése, illetve ezek későbbi hatása. Ez a probléma nyilvánvalóan már a

64 Információt az igazgató főorvos, a helyettese és az osztályvezető főorvos adhat.

65 Az eredményesség alatt természetesen nem feltétlenül a teljes gyógyulást kell érteni, mert a beteg állapotának javulása is eredménynek tekinthető.



szabadságvesztés megkezdése előtti időszakban<sup>66</sup> megjelenik, azonban enyhítésére, kezelésére a kényszergyógyításhoz kapcsolódó eszközrendszer csak áttételesen alkalmazható.<sup>67</sup> Sajátos probléma, hogy a drogkezelést mint alternatívát kínálja a hatályos szabályozás, ugyanakkor az alkoholisták kényszer-gyógyítását tulajdonképpen kötelezővé<sup>68</sup> teszi. Milyen oka van ennek indokolatlannak tűnő megkülönböztetésnek?

Álláspontom szerint a jelenlegi helyzetet a római jogból ismert „*neccesitas mater artium*”<sup>69</sup> szállóigével lehet jellemezni. Fel kell tennünk a kérdést, hogy a jogalkotó mit vár el a büntetés-végrehajtási szervezettől, amikor az alkoholisták kényszer-gyógyítását feladatként határozza meg, illetve ennek finanszírozási és személyi feltételeit biztosítja-e? A realitás talaján állva szerintem csak az várható el, hogy a beteg állapotát javítsuk, és arra a szintre jutassuk el, hogy függősége a kezelés előttihez képest *kisebb mértékben rontsa* a társadalomba való beilleszkedésének esélyeit. Másképp fogalmazva: az alkoholfogyasztással összefüggő életvezetési problémahalmaz megoldásához próbáljunk hozzájárulni.

Összegezve: a véleményem az, hogy az alkoholbetegeket meggyógyítani a büntetés-végrehajtási szervezet keretei között nem lehet, azonban a végrehajtandó szabadságvesztés relatíve hosszabb tartama miatt, kiemelt figyelmet kell fordítanunk a probléma kezelésére. Ebben a folyamatban elsősorban azon módszerek alkalmazására gondolok, melyek alkalmasak arra, hogy az alkoholbeteg elítélt szemléletmódját alakítsák át, és ezen keresztül próbáljuk meg a *kényszer és gyógyítás ellentmondását* tompítani.

Másrészt indokoltnak tartom a büntetőjogi szabályozás megfelelő átalakításával annak elérését, hogy megteremtődjön az a feltételrendszer, mely az alkoholista életmóddal összefüggésben elkövetett bűncselekmények értékelésekor lehetővé teszi a *diverzió* alkalmazását is. A haladó jogfilozófiai törekvéseket elfogadva, olyan szabályozás lenne valóban korszerű, melyben – természetesen jogi garanciákkal övezve – a szabadságvesztést, ténylegesen „*ultima ratioként*” lehetne alkalmazni. Ehhez szemléletmódbeli változást látok szükségesnek, melynek lényege: nem az a fontos, hogy bűncselekményt követett el valaki, és ráadásul alkoholista, hanem, hogy az elkövető alkoholbeteg, aki emiatt követett el bűncselekményt.

A **kényszer-gyógykezelés** gyakorlati és elméleti értelemben is több problémát vet fel. Aggályos, hogy ezeknél az elkövetőknél nem beszélhetünk büntetőjogi felelősségről, mégis egy büntetőjogi következményt alkalmazunk velük szemben. A kényszer-gyógykezelés *nem felelősségi alapú* jogintézmény, ezért jogi klasszifikációja erősen vitatható. Természetesen garanciális és praktikus szempontokra való hivatkozással megidealizálható a rendszertani megfelelés, azonban az alapvető kérdés az, hogy büntetőjogi vagy közigazgatási jellegű jogkövetkezménynek minősül-e a kényszergyógykezelés. A büntetőjogi megközelítés mellett szól, hogy „*büntetendő cselekmény*” elköve-

66 Az előzetes letartóztatás – vagy akár a rendőrségi őrizet – időszakára utalok.

67 Az érintett elítélteket „elmeállapot megfigyelésére” való hivatkozással az IMEI-be szállítják.

68 Ez még akkor is így van, ha a Btk. előírásai a bíróság mérlegelési jogát erősítik meg.

69 A szükség a tudományok anyja.

téséről van szó, tehát az elkövető formailag a tételes jogba ütköző magatartást tanúsított, és emiatt a büntetőjognak valamilyen formában reagálni kell a cselekményre. Ennek nyilvánvaló következménye egyrészt a felmentő ítélet kihirdetése, másrészt a specifikus jogkövetkezmény elrendelése. A számunkra érdekes problémát ott látom, hogy a végrehajtás egyértelműen a büntetés-végrehajtási szervezet feladatrendszerébe tagolódik be, és ez szükségképpen magával hozza a „börtönhelyettesítő” szerepet. Véleményem szerint az elmeorvosítás szakmai részében, s egyébként sincs nagy szerepe annak, hogy a beteg bűnelkövető-e, vagy sem.

Feltehető a kérdés, hogy a jogilag megidealizált, de alapvetően orvosi szakfeladat hogyan illeszkedik a végrehajtási struktúrába? Az elmeorvosítás olyan speciális orvosi tevékenység, melyet csak erős szociálpolitikai háttérrel rendelkező közegben lehet az eredményesség reményével végrehajtani, másrészt az elmeorvosító tevékenység kiemelkedő fontosságú, a társadalom védelmét szolgáló feladat, melyet nem lehet a büntetés-végrehajtási szervezeten belüli „melléküzemágként” működtetni. Kíváncsot lenne megteremteni a társadalmi jelentőségének megfelelő végrehajtási közeget.

Ennek megvalósítása az igazságügyi, illetve a szociális tárcák összefogásával és közös felügyeletével működtetett önálló költségvetésű „törvényszéki (forenzikus) klinika” létesítésével lenne megoldható, mely lehetővé tenné, hogy a kényszer-gyógykezelés végrehajtása leváljon a büntetés-végrehajtási szervezet feladatrendszeréről.

Álláspontom szerint ezen logikai rendszer mentén profiltisztább végrehajtási struktúra alakulhatna ki, mert a kényszergyógykezelés elrendelése büntetőjogi következmény maradna, ugyanakkor a végrehajtás egészségügyi-igazgatási területre helyeződne át. Végeredményben megteremtődhetne annak lehetősége, hogy a gyakorlat hatékonyabban szolgálhatná a gyógyítást, ugyanakkor az elmélet számára előnyt jelentene, hogy dogmatikailag is helytálló, illetve védhetőbb klasszifikációs viszonyítási pont alakulna ki.